

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**PERCEPCIÓN DE LOS PADRES DE NIÑOS POST OPERADOS DE
NASOANGIOFIBROMA ANTE EL CUIDADO DE ENFERMERÍA –
SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA DE CABEZA Y
CUELLO – INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO, 2015 / 2017**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA**

ZOILA EVELINA MONTES CRUZ

**CALLAO - 2018
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DRA. ANGÉLICA DÍAZ TINOCO PRESIDENTA
- DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI SECRETARIA
- DR. CÉSAR MIGUEL GUEVARA LLACZA VOCAL

ASESORA: DRA. ANA MARÍA YAMUNAKUÉ MORALES

Nº de Libro: 05

Nº de Acta de Sustentación: 150

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 05/03/2018

Resolución Decanato N° 669-2018-D/FCS de fecha 26 de febrero del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática	3
1.2 Objetivo	6
1.3 Justificación	6
II. MARCO TEÓRICO	8
2.1 Antecedentes	8
2.2 Marco Conceptual	11
2.3 Definición de Términos	23
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	25
3.1 Recolección de Datos	25
3.2 Experiencia Profesional	25
3.3 Procesos Realizados en el tema	28
IV. RESULTADOS	30
V. CONCLUSIONES	35
VI. RECOMENDACIONES	36
VII. REFERENCIALES	37
ANEXOS	41

INTRODUCCIÓN

El Nasofaríngeo Juvenil (NAJ) es un tumor vascular que se presenta generalmente en hombres prepúberes, aun así, se han descrito algunos casos en mujeres y en hombres adultos. Mientras más joven es el paciente, más agresivo es el tumor. A nivel mundial, constituye el 0.05% de todos los tumores de cabeza y cuello y representa un caso de cada 5000 consultas de un servicio de otorrinolaringología general(1).

El presente trabajo académico titulado "Percepción de los padres del niño operado de nasoangiofibroma ante el cuidado de enfermería en el servicio de otorrino laringología del Instituto Nacional del Niño 2015-2017", tiene por finalidad describir los cuidados de enfermería en pacientes con nasoangiofibroma. Asimismo, contribuirá a identificar oportunamente el riesgo, lo cual es un paso muy importante para dar un tratamiento adecuado y oportuno a los niños que padecen de este mal, y así obtener mejores resultados terapéuticos, disminuir la estancia hospitalaria, y mejorar así la calidad de vida de los pacientes.

Por ello ha sido estructurado en siete apartados; **I:** Planteamiento del problema, que contiene la descripción de la situación problemática, el objetivo y la justificación, **II:** Marco teórico el cual incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos, **III:** considera la presentación de la experiencia profesional, **IV:** Resultados; **V:** Conclusiones, **VI:** Recomendaciones y el **VII:** Referenciales, asimismo, contiene un apartado de anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

La Nasofaríngeo Juvenil (NAJ), tumor descrito por Hipócrates, 5 siglos a.C., y acuñada con esta denominación por Friedberg, en 1940. A nivel mundial, representa el 0,5% de los tumores de cabeza y cuello; para otros el 0,05%. Con mayor incidencia en la India, Egipto, México, Sudoeste Asiático y Oceanía (2).

A nivel de América Latina, en Colombia, la tasa global de recidiva del Nasofaríngeo Juvenil (NAJ), fue de 29%, es decir 18 de 60 pacientes. Sin embargo, al diferenciar entre los que quedaron libres de enfermedad y aquellos con persistencia tumoral después del tratamiento primario, dicha tasa asciende a 42% es decir, 18 de 43 pacientes, la cual se ajusta más a la realidad. Esta diferencia no ha sido informada en los diferentes reportes de la literatura (3).

En el Perú, no existe un registro de las incidencias de Nasofaríngeo Juvenil (NAJ), sin embargo, en un estudio realizado por Díaz (4) analizó el caso de un adolescente de 16 años procedente de Huánuco, quien refiere inicio de cuadro hace 1 año caracterizado por epistaxis intermitentes. Asimismo, en el Instituto Nacional de Salud del Niño en el año 2017 se atendió a un adolescente de 12 años proveniente de Piura. Los cirujanos retiraron una enorme tumoración de 15x10cm. que pesaba

aproximadamente 300 gramos, la cual causaba obstrucción nasal y una seria lesión estética en el rostro debido a la evidente salida del tumor por una fosa nasal (5).

En otorrinolaringología (ORL) y cirugía de cabeza y cuello (CCC) del Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN) el cuidado de Enfermería del paciente que va a someterse a Cirugía requiere un conocimiento oportuno en la preparación del paciente para la intervención pre y post quirúrgica considerando que es un paciente niño, el cual abarca dos momentos; cuando se programa al paciente para la intervención quirúrgica (preoperatorio) incluyendo su hospitalización y el periodo inmediato después de la intervención (postoperatorio), hasta que se produce el alta hospitalaria.

Pero esto a su vez se ve enfrentado a una serie de deficiencias tanto administrativas como funcionales tomando en cuenta la problemática del servicio haciendo esto una real proeza el cuidado de enfermería con seguridad al paciente quirúrgico.

La mayoría de los padres de familia que vienen al INSN con sus hijos, desconocen la enfermedad. Solo refieren que su hijo sangra por la nariz en gran cantidad, muy pocos vienen con su niño ya diagnosticado.

Estos padres nos preguntan: "Yo no sé qué es lo que tiene mi hijo, no entiendo porque esto le sucede a él y no a mis otros hijos, expresan

que han tenido que dejarlos a ellos, a su trabajo buscando que su hijo enfermo se cure, piensan que se puede morir. Los padres sienten una angustia y desesperación ante la salud de su hijo.

En general, los pacientes que presentan estos casos son de provincia y no tienen familiares en Lima y hacen uso del sistema integral de salud (SIS) para diagnosticar la enfermedad y para que el paciente sea intervenido. Los padres de los pacientes pasan más tiempo y conocen al personal que atienden a sus hijos, entre ellos al de enfermería y a los técnicos que laboran las 24 horas del día con el paciente. Algunas veces se quedan con sus niños y cuando ya están mejor se van a descansar al albergue que les ofrece el INSN a través de la asistente social. Otras veces están presentes los dos padres y nosotros el personal de enfermería tratamos de que el trámite avance con celeridad en conjunto con el servicio social.

Cuando se logra la cirugía, el postoperatorio es un tanto traumático para el paciente y para los padres porque el niño sale con tapones nasales y antero posteriores, respiran por la boca y para evitar el sangrado el paciente se queda con esos tapones de 4 a 7 días dependiendo de su evolución. En este contexto, la relación enfermera - padres del paciente, se hace cada vez más estrecha al igual que con los niños pacientes ya que ellos conocen mejor al personal que esta con su

hijo, lo cual es muy bueno porque confían más en el personal que labora en el Instituto.

En su mayoría los pacientes no regresan al INSN después de curarse, salvo que sufra algunas complicaciones y vuelva a crecer el tumor, aproximadamente solo un 2% de pacientes lo cual es muy raro.

1.2 Objetivo

Describir la percepción de los padres del niño postoperado de nasofibrofibroma ante el cuidado de enfermería en el Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía Cabeza y Cuello del Instituto Nacional de Salud del Niño 2015-2017.

1.3 Justificación

El presente trabajo académico se justifica de la siguiente manera:

Nivel Teórico: El presente estudio servirá para profundizar los conocimientos en cuanto a los cuidados de enfermería que se deben tener con los pacientes operados de nasofibrofibroma. El informe aporta los lineamientos teóricos científicos a los procesos empíricos estudiados y la contribución de autores versados en la materia, y constituyen base importante para futuros informes vinculados al tema.

Nivel Metodológico: El presente trabajo es importante a nivel metodológico ya que logrará precisar algunos aspectos a considerar en

los estudios requeridos por profesionales de enfermería al establecer los cuidados del paciente operado de nasoangiofibroma en pre y post operatorio.

Nivel Práctico: El presente trabajo, permitirá aumentar los conocimientos a los enfermeros sobre cuidados al paciente operado de nasoangiofibroma, aportando con una Guía de Cuidados de Enfermería en Pre y Pos Operatorio de pacientes con nasoangiofibroma, lo cual contribuirá a brindar un cuidado de calidad al paciente.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

FIGUEROA RECINOS Carlos Alfonso. **Resección de Nasoangiofibroma juvenil**. Guatemala, 2014 Con el objetivo de describir las técnicas que se han utilizado para la resección del Nasoangiofibroma juvenil en el Hospital General San Juan de Dios. Estudio descriptivo retrospectivo. Se revisaron los expedientes de los informes de patología de nasoangiofibroma juvenil. Los resultados mostraron que el grupo etario más común, fue el de 11 a 15 años. El estadio más frecuente, fue el IIB con 8 casos (28.57%), solo un paciente tuvo embolización (3.57%) 75%, tuvo sangrado transoperatorio menor a 3,000 centímetros cúbicos. Al 71.42% no se les ligo la arteria carótida externa, al 21.42% no se les colocó taponas nasales postoperatoriamente, al 50% se les transfundió 2 o menos unidades de sangre al 60.71% se les realizó la resección vía endoscópica, al 82.14% no se pudo documentar seguimiento postoperatorio, en el 7.14% se documentó recidiva. Un paciente falleció. Concluyendo que, en los últimos años, se ha realizado más procedimientos vía endoscópica que abierta y, además, sin taponamiento postoperatorio en comparación a los primeros años que se revisaron en el presente estudio(6).

PÉREZ CUÉ Arellys. Tratamiento Quirúrgico del Angiofibroma Juvenil unido a cinco procedimientos secuenciales. (La Habana), 2010. El objetivo principal fue evaluar los resultados de los procedimientos: auto donación, embolización, hemodilución, hipotensión controlada y el tratamiento quirúrgico por la técnica gingivosublabial. Desde el año 1983 al 2006, en el Hospital Hermanos Ameijeiras se realizó una investigación de forma descriptiva, longitudinal y prospectiva en 98 enfermos diagnosticados de Angiofibroma Juvenil. La edad más frecuente estuvo representada entre los 15 y 18 años, todos del sexo masculino. En la localización y extensión, el mayor número se agrupó en los tipos II y III (98,3%). La epistaxis, obstrucción nasal y rinorrea predominaron como síntomas. Los resultados mostraron que: La embolización fue transcarotídea en 17,3% de los enfermos, con dos complicaciones (11,6%). Transfemoral en 82,7%, sin complicaciones. Bilateral en 43,9% y unilateral en 56,1%. La autodonación intraquirúrgica se realizó en todos los casos; la autodonación prequirúrgica en 82,7%, y la técnica gingivosublabial en el 100% de los enfermos. Se verificó recidiva en 5,1%, y un accidente anestésico que provocó una muerte. Del total de 98 enfermos, 97 viven asintomáticos. Concluyendo que con la técnica quirúrgica implementada no se presentaron complicaciones. (7).

DÍAZ QUIQUIA Vasti Evelyn. **Nasoangiofibroma juvenil: manejo interdisciplinario de un caso.** Universidad Peruana Unión, Lima, Perú, 2017. Se presenta el caso de un adolescente de 16 años con epistaxis recurrentes y obstrucción nasal de un año de evolución, se le realizan TAC y RM donde se evidencia masa nasofaríngea derecha captadora de contraste, por lo que se programa embolización previa a la cirugía, se extrae tumor angiofibromatoso de 8x4x2 cm, con posterior taponamiento anterior. El paciente se encuentra en su postoperatorio evolucionando favorablemente. Conclusión: El nasoangiofibroma juvenil es la neoplasia benigna más común de la nasofaringe con comportamiento maligno. El pronóstico es favorable en proporción a su reconocimiento y extirpación precoz. El diagnóstico precoz y el manejo multidisciplinario es la clave para el éxito (8).

LEYVA ORELLANA Yeda Sussi. **Percepción del familiar del escolar sometido a intervención quirúrgica acerca de la atención de enfermería en el Hospital de Emergencias Pediátricas-2013.** Lima, Perú, 2014. El objetivo fue determinar la percepción del familiar del escolar sometido a intervención quirúrgica acerca de la atención de enfermería en el Hospital de Emergencias Pediátricas. El estudio de nivel aplicativo, cuantitativo, descriptivo. La población estuvo conformada por 50 escolares sometidos a cirugía. Resultados. Del 100%, 58% es medianamente favorable, 24% favorable y 18% desfavorable; en la dimensión humana 60% tienen una percepción medianamente favorable,

24% desfavorable y 16% favorable. Conclusiones. La percepción del familiar del escolar sometido a intervención quirúrgica acerca de la atención de enfermería en su mayoría es medianamente favorable a favorable referido a que la enfermera le ha recibido con agrado y amabilidad, le informa sobre los procedimientos que le va a realizar al niño (9).

2.2 Marco Teórico

Nasoangiofibroma

Definición

El Nasoangiofibroma Juvenil (NAF) es un tumor nasofaríngeo benigno, altamente vascularizado que es de presentación casi exclusiva de adolescentes masculinos (14- 18 años), con alta morbi-mortalidad por la hemorragia que genera y por la destrucción local secundaria a su patrón de crecimiento(9).

Características

Se manifiesta principalmente por obstrucción nasal y epistaxis; sin embargo, puede ocasionar otros síntomas dependiendo del tamaño y de la extensión tumoral. Debido a su comportamiento hipervasculoso y riesgo de sangrado, se debe evitar la biopsia incisional.

Otra de las características típicas del tumor a parte de su hipervasculoso es su localización y extensión. El NAJ puede

extenderse a otras áreas anatómicas ya sea por extensión directa por contigüidad, con remodelamiento o erosión de estructuras óseas, o bien mediante diseminación perineural, siendo la segunda rama del trigémino la más común.

Está principalmente centrado en la pared posterior de la cavidad nasal, cerca del agujero esfenopalatino y fosa pterigomaxilar, la cual comunica con varios espacios anatómicos importantes lo que favorece la extensión tumoral. También puede extenderse al seno esfenoidal (60%), seno maxilar (43%) y etmoidal (35%) así como al espacio masticador (fosa infratemporal) y fisura orbitaria inferior. Sólo el 5-20% presenta extensión intracraneal, principalmente a la fosa craneal media a través del conducto vidiano o agujero redondo mayor (10).

Clasificación

Existen diferentes clasificaciones para el Nasoangiofibroma Juvenil (NAF) universalmente aceptadas. Estas clasificaciones pretenden la estadificación del tumor para plantear el abordaje quirúrgico, determinar la probabilidad de realizar una escisión completa y sus posibles dificultades y complicaciones.

Clasificación de NAJ según Sessions 1980:

- IA Tumor limitado a nasofaringe.
- IB Extensión a uno o más senos paranasales.
- IIA Extensión mínima a la fosa pterigomaxilar.
- IIB Ocupación completa de la fosa pterigomaxilar con desplazamiento de la pared del seno y piso de órbita.
- IIC Extensión dentro de la fosa temporal y mejilla.
- IIIA Erosión de la base del cráneo (fosa craneal media, base pterigoidea), mínima extensión intracraneal.
- IIIB Extensión intracraneal amplia con o sin extensión al seno cavernoso.

Clasificación del NAJ, según Fisch, 1983:

Estadios

- I: Tumor limitado a la nasofaringe y nasocavidad sin destrucción ósea.
- II: Tumor invade a fosa pterigomaxilar, antro maxilar, seno etmoidal y esfenoidal con destrucción ósea.
- III: IIIa. Invade fosa subtemporal u órbita, sin ataque endocraneano
IIIb. Invasión intracraneana extradural.
- IV: IVa. Invasión intracraneana extra e intradural sin invasión del nervio óptico, silla turca o seno cavernoso.
IVb. Invasión intracraneana extra e intradural con invasión del nervio óptico, sillaturca o seno cavernoso.

Clasificación del NAJ según Chandler 1984:

Estadios

- I: Tumor confinado a la nasofaringe
- II: Tumor se extiende a la cavidad nasal y/o seno esfenoidal
- III: Tumor se extiende a uno o más de los siguientes: antro maxilar, seno etmoidal, fosas pterigomaxilar e infratemporal, órbita y/o mejillas.
- IV: Tumor con invasión intracraneal. (11)

Fisiopatología

La etiología del Nasoangiofibroma Juvenil continúa siendo motivo de controversia científica. Aun no es claro si el tumor es un hematoma vascular verdadero o un hemangioma o simplemente una proliferación vascular local. Parece claro que el flujo hormonal de la adolescencia tiene relación directa con el crecimiento de tumores de características vasculares en varones que cursan la pubertad. Estudios recientes de Bretani, han demostrado receptores estrogénicos y progestágenos, pero los niveles de gonadotrofina en todos estos individuos fueron normales (12).

Adicionalmente, Senes y col. Informaron que la relación entre la edad de los pacientes, el tamaño de los tumores y sus características histológicas no se podrían correlacionar entre ellas. Otra teoría propuesta

incluye su origen a partir de condrocartílago embrionario de la placa occipital (13). El tumor crece a expensas de la mucosa nasofaríngea la cual luego de un acelerado proceso de angiogénesis invade diferentes cavidades. Inicia su crecimiento en los forámenes fenopalatino y por sus diferentes formas de extensión, puede llenar la nariz y nasofaringe u ocupar los senos paranasales incluyendo la fosa pterigopalatina. Se postula también que el tumor crece hacia las zonas de menor resistencia y que los nasoangiofibroma tienen relación directa con el desplazamiento nasomaxilar durante el crecimiento. Al parecer las estructuras óseas durante el crecimiento facial se alargan llevando consigo los tejidos blandos faciales, en caso de presentarse un tumor en esta zona de crecimiento éste se extenderá en el momento exacto en que se amplían las suturas.

Manifestaciones clínicas

A pesar de que el Nasoangiofibroma es histológicamente benigno, tiene un comportamiento agresivo dado la alta morbilidad por su patrón de crecimiento destructivo y la mortalidad pre y perioperatoria generada por la hemorragia. Clásicamente, el NAF se presenta con la triada tradicional: Obstrucción nasal unilateral, epistaxis y masa nasofaríngea(3). Pero no solo se limita a estos hallazgos, pues de su extensión se presentarían los síntomas adicionales (edema facial, proptosis, neuropatía craneal, hemorragia masiva) (14).

La extensión intracraneal aparece en un 10-20% de los pacientes con NAF y es más frecuente en adolescentes(15).

Tratamiento

A lo largo del tiempo, se han implementado varias opciones terapéuticas incluyendo la cirugía, la radiación, la radioterapia, quimioterapia, crioterapia y terapia hormonal(16). Sin embargo, la modalidad terapéutica que ofrece los mejores resultados es el manejo quirúrgico, aunque se hayan descrito alguna tasa de éxito con la radioterapia y los antineoplásicos(17).

La morbilidad derivada de los procedimientos es otro aspecto a considerar cuando se defina el abordaje quirúrgico.

Estos incluyen el sangrado intraoperatorio, los riesgos de hemotransfusión, la localización anatómica de la masa y su limitada exposición, las incisiones de la piel y mucosas, la necesidad de realizar osteotomías y el daño generado a las estructuras adyacentes por el tumor y por el abordaje quirúrgico (vasculares, nerviosas, hueso, tejidos blandos) Un abordaje ideal debe considerar la extensión del tumor, la suplencia vascular y permitir lograr buen control vascular(18).

Adicionalmente, debe proveer una máxima exposición para la resección completa con mínima morbilidad. En aquellos casos que se considere irresecable, la radiación es buena herramienta, pero con riesgo carcinogénico. La quimioterapia está reservada para pacientes con tumores recurrentes que habrían recibido previamente cirugía y radiación.

La terapia hormonal se usó para disminuir el tamaño del tumor y vascularidad, pero actualmente no es recomendado por los efectos adversos y eficacia no demostrada. Los avances en la cirugía de base de cráneo han permitido aumentar el éxito de la cirugía mejorando el acceso quirúrgico y el control vascular disminuyendo sobre todo la morbilidad(19).

Cuidados de Enfermería

Definición

El cuidar es la esencia de la enfermería, la cual se ejecuta en una serie de acciones de cuidados dirigidos al ser humano o grupos, con el fin de mejorar o aliviar molestias y/o dolencias generadas por el proceso de enfermedad.

Para Watson (1988) "El eje central de enfermería es el ejercicio de cuidar" (20). Por lo que se debe ofrecer un cuidado de enfermería holístico, ya que el hombre es único e indivisible y ha de cuidarse en todas sus dimensiones, puesto que, si falla el cuidado en una de ellas, se produce un desequilibrio repercutiendo en las demás dimensiones.

Hildegard E. Peplau describe los cuidados enfermeros como un proceso interpersonal terapéutico, entre una persona que tiene necesidad de ayuda y una enfermería capaz de responder a la necesidad de ayuda, la utilización terapéutica de sus conocimientos y de su propia persona llevan a la enfermera a practicar el arte enfermero(21).

Cuidado de enfermería al paciente quirúrgico

La enfermera como proveedor de cuidado, constituye una parte esencial dentro del equipo de salud, desempeña un importante papel durante el proceso quirúrgico pues constituye de modo considerable a crear confianza y seguridad en la persona que va a hacer sometida a la Intervención Quirúrgica. Todo paciente quirúrgico necesita de unos cuidados preoperatorios físicos que se llevan a cabo, pero también necesitan de unos cuidados psicológicos, los cuales son importantes como los otros. En los cuales se deben poner mayor énfasis para garantizar el bienestar, tranquilidad frente al paciente quirúrgico y una mejor recuperación después del acto quirúrgico. No existe una experiencia preoperatoria "Rutinaria", puesto que esta es única para cada persona y el desafío del personal de enfermería consiste en identificar, planear y proporcionar un cuidado integral considerando al usuario como un ser Biopsicosocial de esta manera si logra la satisfacción del paciente.

Aspecto Biológico:

Beare (1995), sostiene que la cirugía es una amenaza real o potencial para la integridad del organismo e interfiere en su normal funcionamiento supone un estrés tanto psicológico, para todos los sistemas orgánicos (22).

El cuidado de enfermería en el preoperatorio se centra en lo preparación física adecuada para prevenir la aspiración, lesiones, infecciones y otras complicaciones asociadas a la anestesia, asegurar que los exámenes prequirúrgicos estén completos, realizar la preparación de la piel, cubrir sus necesidades de nutrientes y líquidos, retirar objetos de valor – prótesis, administrar la medicación preoperatoria indicada, todas estas acciones deben ser conocidas por el paciente quirúrgico, la enfermera deberá explicar en forma clara y sencilla la importancia de la preparación preoperatoria. Durante el postoperatorio el cuidado de enfermería se dirige al restablecimiento del equilibrio fisiológico del paciente, prevención de complicaciones y al alivio del dolor postoperatorio, el cual retrasa su recuperación pudiendo poner en peligro el resultado final.

Aspecto psicológico:

El paciente quirúrgico, más aún niño, experimenta una serie de sentimientos en relación a la cirugía como temor a lo desconocido, a la anestesia, a la muerte, generando ansiedad en el paciente, el cual puede interferir en la evolución quirúrgica y en el proceso de recuperación. La enfermera desde el momento en que ingresa el paciente al servicio debe dar apertura a la interrelación Enfermera-Paciente estableciendo un clima de confianza y seguridad para que el paciente pueda expresar sus temores, dudas respecto al acto quirúrgico, identificará la necesidad de ayudar al paciente y aclarar cualquier concepto erróneo que pueda tener

el paciente respecto al acto quirúrgico, de esta manera ayudar a aliviar sus miedos y temores, así como brindará apoyo emocional a la familia y otras personas allegadas, ya que su temor, ansiedad influyen sobre el nivel de ansiedad del paciente.

Aspecto Social:

Tanto para el paciente como para la familia la experiencia quirúrgica representa una crisis familiar, la enfermedad ha alterado sus vidas y ellos deben adaptarse a efectos. La enfermera debe disminuir el nivel de ansiedad de la familia despejando sus miedos y dudas, entablando una adecuada comunicación.

Caplan (1993), menciona que la familia es fuente de ayuda concreta y de servicios prácticos en una intervención quirúrgica ya que el apoyo de la familia al paciente favorece en su recuperación. Por lo que es necesario otorgar a la familia el grado de participación que le corresponde en el proceso quirúrgico. La enfermera durante la hospitalización preparará al paciente y familia para el cuidado que haya que tener en casa, ayuda al paciente a reintegrarse a su vida familiar, al trabajo y a la sociedad (23).

Teoría de Callista Roy

Sor Callista Roy nació en los Ángeles en 1939, y se graduó en 1963. Desarrolló la teoría de la adaptación ya que en su experiencia en pediatría quedó impresionada por la capacidad de adaptación de los niños.

El modelo de adaptación de Callista Roy, inicialmente desarrollado en la década de 60 del siglo pasado, considera como elementos esenciales en el cuidado, la persona, el ambiente, la salud y la meta de la enfermería (24).

Según esta autora, el individuo, familia o comunidad, están en constante interacción con el ambiente, sea este externo y/o interno al mismo, y está sometido a diferentes estímulos. Éstos, a su vez, pueden ser de origen externa y / o interna, a los cuales se responde de modo satisfactorio o adaptable, visando mantener su integridad.

El modelo de adaptación de Roy se centra en la adaptación del hombre, y que los conceptos de persona, salud, enfermería y entorno están relacionados en un todo global, es una teoría de sistemas, con un análisis significativo de las interacciones, que contiene cinco elementos esenciales: Paciente, meta, salud, entorno y dirección de actividades (24).

También considera que las personas tienen 4 modos o métodos de adaptación: Las necesidades fisiológicas básicas, la autoimagen, el dominio de un rol o papel y la interdependencia.

Aplicación a la práctica

El objetivo del modelo de Callista Roy es que el individuo llegue a un máximo nivel de adaptación y evolución.

En la perspectiva de Roy, cabe a la enfermería proporcionar los medios para alcanzar respuestas satisfactorias o adaptables, por medio del establecimiento conjunto de metas con el cliente y/o acompañante, teniendo en vista que este participante es activo en la obtención de una respuesta positiva o adaptable. Por concentrar el foco del cuidado en la obtención de respuestas adaptables, el modelo de Roy es pasible de implementación en el contexto de un hospital. Esto se debe a la presencia de los estímulos que determinaron la alteración en la función psicológica, al ingreso y las posibles alteraciones en la función de papel, auto concepto e interdependencia que este ambiente proporciona.

Sobre el paciente pediátrico, la necesidad de tales adaptaciones involucra al acompañante, el cual convive con la enfermedad de su ente y pasa a convivir en nuevo ambiente y a desempeñar un nuevo rol. Ocurre lo mismo con los demás componentes de la familia que permanecieron en el domicilio. La inserción de la familia en el ambiente del hospital demanda, por parte de la enfermería, un planteo más amplio. Este planteo debe involucrar las necesidades de información sobre las condiciones del estado de salud del niño e instrucción para colaboración en el cuidado, solicitada por los padres (25).

Por otro lado, los cuidados de enfermería no deben restringirse al ambiente del hospital. Deben comprender orientaciones que tengan en vista promover el cuidado en el domicilio.

2.3 Definición de Términos

Cuidado de enfermería

Peplau describe los cuidados enfermeros como un proceso interpersonal terapéutico, entre una persona que tiene necesidad de ayuda y una enfermería capaz de responder a la necesidad de ayuda, la utilización terapéutica de sus conocimientos y de su propia persona llevan a la enfermera a practicar el arte enfermero(21).

Enfermería.

Roy define enfermería como un sistema de conocimientos teóricos que prescriben un proceso de análisis y acción relacionados con los cuidados del individuo real o potencialmente enfermo.

Nasoangiofibroma

El Nasoangiofibroma Juvenil (NAF) es un tumor nasofaríngeo benigno, altamente vascularizado que es de presentación casi exclusiva de adolescentes masculinos (14- 18 años), con alta morbi-mortalidad por la hemorragia que genera y por la destrucción local secundaria a su patrón de crecimiento (9).

Percepción

Según T. Bower la percepción es "cualquier proceso mediante el cual nos damos cuenta de inmediato de aquello que está sucediendo fuera de nosotros".

Percepción familiar

Es la respuesta emitida o referida por el familiar sobre la impresión que tienen en relación a la atención de enfermería considerando las dimensiones de humana, oportuna, segura y continua.

Postoperado

El cuidado al paciente en la etapa postoperatoria se lleva a efecto, una vez que ha sido concluida su intervención quirúrgica, para ser trasladado de la sala de operaciones a la sala de recuperación post-anestésica, el inicio de esta etapa se considera al ser ingresado a la sala de recuperación.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de Datos

Estudio cuantitativo, de tipo descriptivo y longitudinal. Porque se realizó en base a la observación, encuesta, análisis documental y revisión bibliográfica. Se describieron los datos del pasado y se estudiaron las variables simultáneamente en determinado momento (27). Se resaltan las características de la experiencia profesional en el cuidado de enfermería del niño operado de nasofibrofibroma ante el cuidado de enfermería en el Servicio de Otorrinolaringología del Instituto Nacional del Niño 2015-2017.

3.2 Experiencia Profesional

Recuento de la Experiencia Profesional

Con respecto a mi experiencia profesional, ingresé a trabajar en el Instituto Nacional de Salud del Niño, desde hace 9 años al Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía Cabeza y Cuello siendo un área quirúrgica donde fui aprendiendo las diferentes patologías del servicio.

Fui ejerciendo la parte asistencial de cuidado pre y post operatoria de los diferentes pacientes, de corta estancia y de prolongada estancia aplicando los cuidados de enfermería humanizado y brindando apoyo emocional al paciente y a los padres que acompañan a sus hijos.

En el año 2014 recibí una carta de reconocimiento y felicitación por mi importante contribución de la especialidad habiendo demostrado eficiencia, solidaridad y calidad humana y vocación de servicio en bien de la niñez. Enviada por la directora ejecutiva de investigación docencia y cuidado especializado en cirugía de niño y adolescente Dra. Zulema Tomas Gonzales. Con los años que venía trabajando fui adquiriendo experiencia en el servicio y me propusieron que reemplacé a la jefa del servicio que se iba de vacaciones por un mes (2016).

Descripción del Área Laboral

El Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN), como establecimiento de salud es un órgano desconcentrado que depende del Ministerio de Salud. Categorización: Mediante Resolución Directoral N°610/2005-DG-DESP-DSS-DISA.V.L.C. de fecha 27 de Junio de 2005 la Dirección de Salud V Lima Ciudad resolvió otorgar al Instituto Especializado de Salud del Niño, hoy Instituto Nacional de Salud del Niño, la Categoría III – 2, Instituto Especializado de Pediatría del Tercer Nivel de Atención.

Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía Cabeza y Cuello

Organización

Es la unidad orgánica encargada de ejecutar y evaluar las acciones de enfermería al paciente en pre y post quirúrgico desde su ingreso a

hospitalización hasta el alta, asimismo cuenta con 2 servicios de hospitalización funcionales:

- Área de hospitalizados por Cirugía de cabeza y cuello.
- Área de hospitalizados por Otorrinolaringología

Donde la enfermera es la encargada de brindar un cuidado integral biopsicosocial, emocional y espiritual, holística con calidad y calidez al niño y adolescente.

Recursos humanos

- El 87% de Enfermeras son nombradas y el 100% del personal técnico también se encuentran en condición de nombrado.
- El 71%(10) son enfermeras especialistas, el 8%(1) estudiando y el 21%(3) no tienen estudios de especialidad.
- El 92% de los médicos son nombrados.

El personal de salud que labora en dichos servicios es un equipo que constantemente participa en diferentes actividades de capacitación a cargo del Departamento de Enfermería durante todo el año, a fin de mantenerse actualizado en su quehacer profesional.

Infraestructura

El Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía Cabeza y Cuello se encuentra ubicado en una zona de fácil acceso, en el cuarto piso del

monoblock frente al servicio de Traumatología, cerca de sala de operaciones y recuperación séptimo piso, se cuenta con un ascensor para facilitar el acceso y la pronta instalación del paciente en su unidad.

3.3 Procesos realizados en el tema

Funciones desarrolladas en la actualidad

Dentro de la labor asistencial desde el año 2015 se viene realizando en el servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de cabeza y cuello orientación al padre acompañante sobre las normas del servicio y se le informa verbalmente y o con folleto las medidas de bioseguridad que se utiliza en el servicio:

Lavado de manos y eliminación de residuos comunes y contaminados.

Se le informa sobre la importancia de cada uno de ellos, dando fe de esto se cuenta con un cuaderno donde figura la firma del familiar del paciente en el momento del ingreso y también en el momento del alta.

Teniendo en cuenta que como es un área quirúrgica-pediátrica el padre o familiar está permanentemente con su familiar produciéndose una relación interpersonal con el personal de enfermería que se encuentra de turno.

Dando una continua orientación y reforzando las medidas de bioseguridad y también enseñándoles los signos de alarma ante alguna complicación postoperatorio.

Limitaciones para la experiencia profesional

Dentro de la realización de mi experiencia profesional encontré limitaciones en cuanto a:

- Los materiales, por ello se hizo una lista de petitorio de materiales para el año sin embargo hasta el momento no ha sido atendida dicho requerimiento de: parantes con ruedas para los pacientes, chatas y urinarios etc., sin embargo, nosotros nos ingeniamos para trabajar con éxito en el cuidado del paciente.
- Respecto a la infraestructura, no se realiza un mantenimiento permanente, como ejemplo en la actualidad no funciona una ducha, afectando el cuidado de enfermería a los pacientes pediátricos.
- Otra limitación es que al personal de enfermería y técnico del Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía Cabeza y Cuello se les cambia constantemente a otros servicios donde falta personal, sin considerar que, aunque haya pocos pacientes, por su delicado estado requieren un cuidado de enfermería de la mayor calidad para garantizar su recuperación óptima.
- En cuanto a los recursos humanos, se adolece de personal que reemplace a las licenciadas de enfermería y a las técnicas, debido a que ha habido cambio ocupacional y ese personal no ha sido reemplazado. Otro problema es el ausentismo del personal técnico que es mayor que el de enfermería.

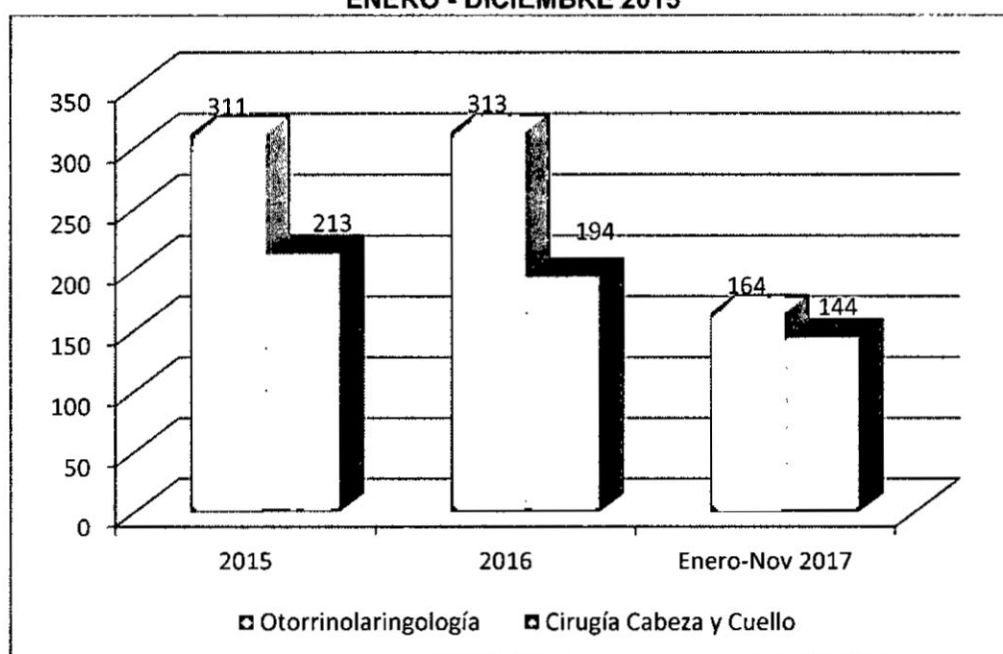
IV. RESULTADOS

CUADRO 4.1
PACIENTES INGRESADOS A HOSPITALIZACIÓN EN EL SERVICIO DE
OTORRINOLARINGOLOGÍA DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
ENERO - DICIEMBRE 2015

Servicio	2015	2016	Enero-Nov 2017
Otorrinolaringología (ORL)	311	313	164
Cirugía Cabeza y Cuello(CCYC)	213	194	144
TOTAL	524	507	308

FUENTE: Datos obtenidos del departamento de estadística del INSN.

GRÁFICO 4.1
PACIENTES INGRESADOS A HOSPITALIZACIÓN EN EL SERVICIO DE
OTORRINOLARINGOLOGÍA DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
ENERO - DICIEMBRE 2015



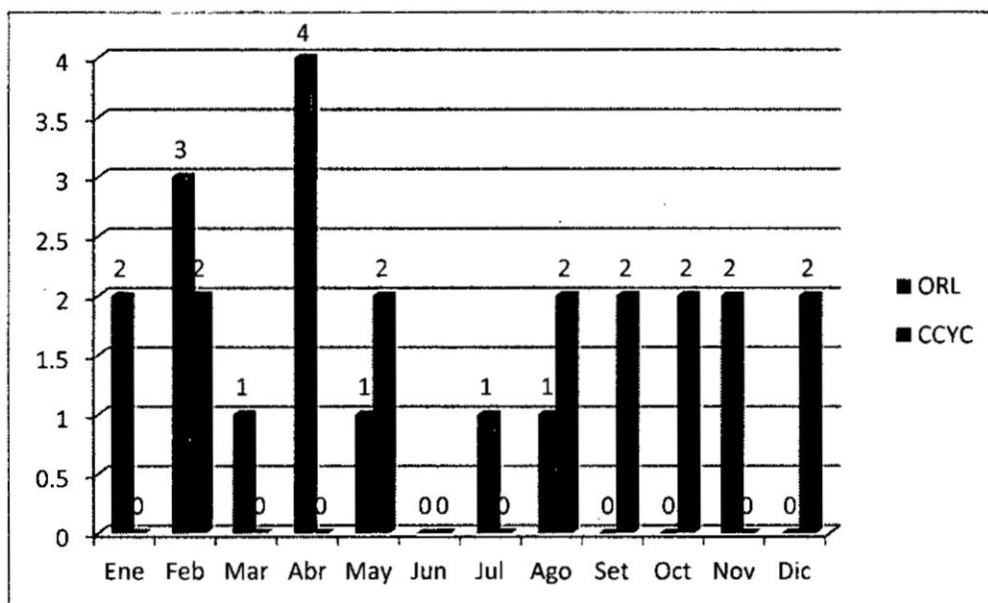
En el gráfico se observa que el año 2015 se hospitalizaron 311 pacientes en Otorrinolaringología, en el 2016 a 313 y en el 2017 a 164 pacientes, observándose que del año 2015 al 2016 hubo un incremento de dos pacientes y del año 2016 al 2017 hubo una disminución de 149 hospitalizaciones. En cuanto a Cirugía, Cabella y Cuello, en el 2015 se hospitalizaron 213 pacientes, en el 2015 a 194 y en el 2017 a 144 pacientes, se evidencia una disminución de hospitalizaciones en dicho período.

CUADRO 4.2
PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE DE NASOANGIOFIBROMA EN
EL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA DEL INSTITUTO NACIONAL DE
SALUD DEL NIÑO ENERO - DICIEMBRE 2015

Serv	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic	Total
ORL	02	03	01	04	01	--	01	01	--	--	02	--	15
CCYC	--	02	--	--	02	--	--	02	02	02	--	02	12

Fuente: Datos obtenidos del cuaderno de intervenciones quirúrgicas del servicio de ORL. Y CCYC.

GRÁFICO 4.2
PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE DE NASOANGIOFIBROMA EN
EL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA DEL INSTITUTO NACIONAL DE
SALUD DEL NIÑO ENERO - DICIEMBRE 2015



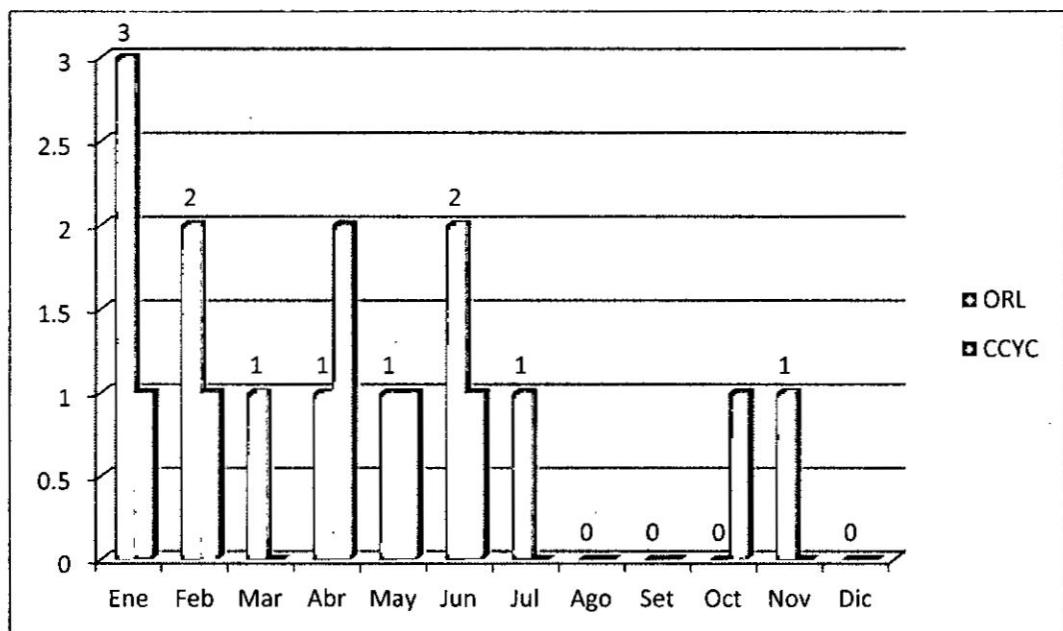
En el gráfico se observa que en el año 2015 fueron intervenidos quirúrgicamente 15 pacientes en Otorrinolaringología en el INSN, y 12 pacientes en Cirugía, Cabella, Cuello. En el mes de abril se reportó el mayor número de pacientes intervenidos quirúrgicamente.

CUADRO 4.3
PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE DE NASOANGIOFIBROMA EN
EL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA DEL INSTITUTO NACIONAL DE
SALUD DEL NIÑO ENERO - DICIEMBRE 2016

Serv	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic	Total
ORL	03	02	01	01	01	02	01	--	--	--	01	--	12
CCYC	01	01	--	02	01	01	--	--	--	01	--	--	07

FUENTE: Datos obtenidos del cuaderno de intervenciones quirúrgicas del servicio de ORL. Y CCYC.

GRÁFICO 4.3
PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE DE NASOANGIOFIBROMA EN
EL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA DEL INSTITUTO NACIONAL DE
SALUD DEL NIÑO ENERO - DICIEMBRE 2016



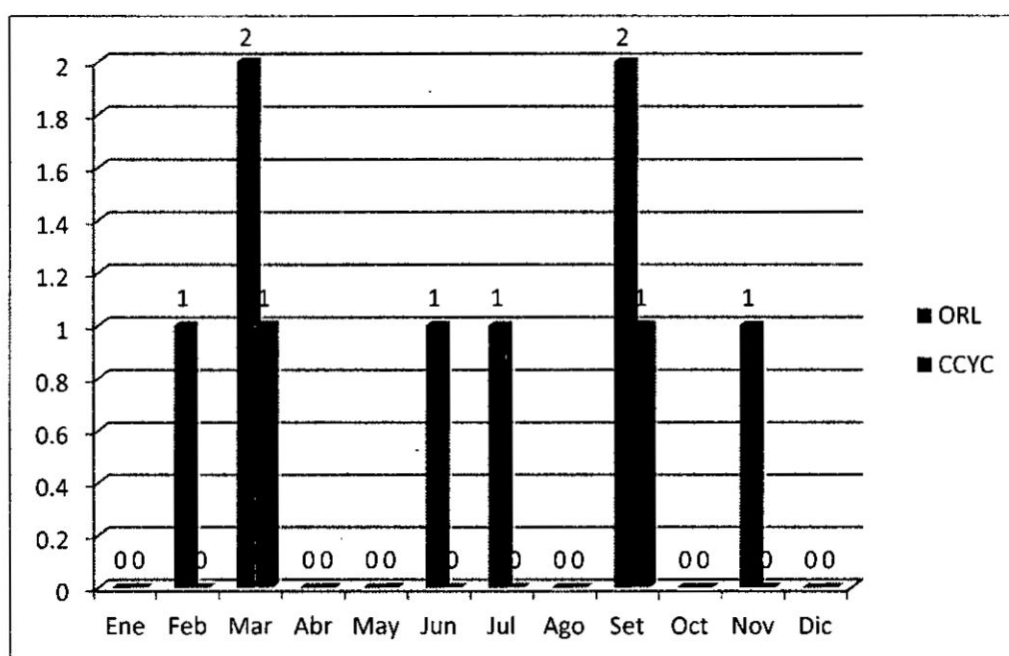
En el gráfico se observa que en el año 2016 fueron intervenidos quirúrgicamente 12 pacientes en Otorrinolaringología en el INSN, y 7 pacientes en Cirugía, Cabeza, Cuello. En el mes de enero se reportó el mayor número de pacientes intervenidos quirúrgicamente en Otorrinolaringología y en el mes de abril en Cirugía Cabeza y Cuello.

CUADRO 4.4
PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE DE NASOANGIOFIBROMA EN
EL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA DEL INSTITUTO NACIONAL DE
SALUD DEL NIÑO ENERO - DICIEMBRE 2017

Serv	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic	Total
ORL	--	01	02	--	--	01	01	--	02	--	01	-	08
CCYC	--	--	01	--	--	--	--	--	01	--	--	-	02

FUENTE: Datos obtenidos del cuaderno de intervenciones quirúrgicas del servicio de ORL. Y CCYC.

GRÁFICO 4.4
PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE NASOANGIOFIBROMA EN EL
SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
DEL NIÑO ENERO - DICIEMBRE 2017

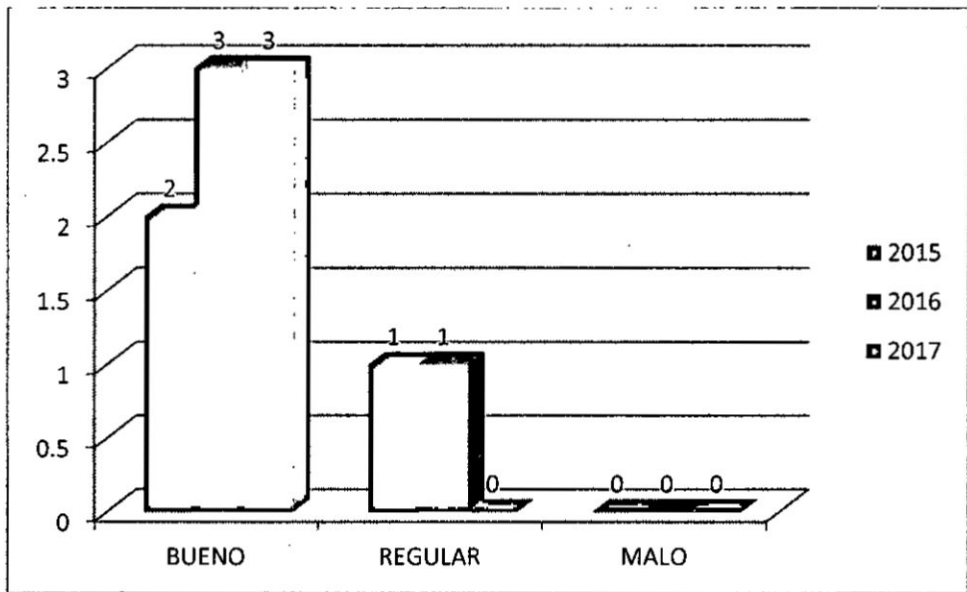


En el gráfico se observa que en el año 2017 fueron intervenidos quirúrgicamente 8 pacientes en Otorrinolaringología en el INSN, y 2 pacientes en Cirugía, Cabella, Cuello. En los meses de marzo y setiembre se reportó el mayor número de pacientes intervenidos quirúrgicamente en Otorrinolaringología.

CUADRO 4.5
PERCEPCIÓN DE LOS PADRES: ¿Qué PIENSA USTED SOBRE EL CUIDADO DE
ENFERMERÍA QUE RECIBIÓ SU HIJO O FAMILIAR DESPUÉS DE LA
INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

SERVICIO	2015	2016	2017
BUENO	2	3	3
REGULAR	1	1	0
MALO	0	0	0

GRÁFICO 4.5
PERCEPCIÓN DE LOS PADRES: ¿Qué PIENSA USTED SOBRE EL CUIDADO DE
ENFERMERÍA QUE RECIBIÓ SU HIJO O FAMILIAR DESPUÉS DE LA
INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA



De acuerdo a la tabla y gráfico 4.5 se aprecia que en el período 2015-2016 los padres de familia encuestados percibieron que el cuidado de enfermería que recibió su hijo después de la intervención quirúrgica fue predominantemente Bueno.

V. CONCLUSIONES

- a) La mayoría de los Padres de familia del servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de cabeza y cuello tienen una buena percepción del cuidado de enfermería que se le brinda a los pacientes.
- b) El personal de enfermería se encuentra pendiente y se preocupa por el bienestar de los pacientes y de su cuidador.
- c) La educación brindada a los Padres de los pacientes post-operados constituye una de las funciones de enfermería.

VI. RECOMENDACIONES

- a) A todo el personal del servicio de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello seguir actualizándose permanentemente en lo que se refiere a nasofibrofibroma y a mis colegas a seguir trabajando en el fortalecimiento del cuidado de enfermería con calidad, eficiencia y eficacia de tal modo que los padres sigan teniendo una percepción favorable sobre el cuidado de enfermería.

VII. REFERENCIALES

1. DÍAZ QUIQUIA Vasti Evelyn. **Nasoangiofibroma juvenil: manejo interdisciplinario de un caso.** Revista Científica de Ciencias de la Salud 10 (1), 2017.
2. HERNÁNDEZ ALARCÓN Víctor, HERNÁNDEZ GONZÁLES Santiago. **Nasoangiofibroma juvenil: una revisión actualizada del diagnóstico, clasificación y tratamiento.** Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello, 39(3) 147-157, septiembre de 2011. Disponible en <https://www.acorl.org.co/articulos/141209124317.pdf>
3. SÁNCHEZ DE GUZMÁN Gabriel. **Manejo de Nasoangiofibroma Juvenil.** Instituto Nacional de Cancerología. Revista Otorrinolaringología, 27. Disponible en <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/aoccc/vol-273/otorrino27399experiencia3/>
4. DÍAZ QUIQUIA Vasti Evelyn. **Nasoangiofibroma juvenil: manejo interdisciplinario de un caso.** Universidad Peruana Unión, Lima, Perú, 2017.
5. ANDINA. **Operan a menor con tumor que creció dentro de nariz e invadió parte de cerebro.** 30 de diciembre 2017. Disponible en <http://www.andina.com.pe/agencia/noticia-operan-a-menor-tumor-crecio-dentro-nariz-e-invadio-parte-cerebro-647255.aspx>

6. FIGUEROA RECINOS Carlos Alfonso. **Resección de Nasoangiofibroma juvenil.** (Tesis de maestría en Otorrinolaringología). Universidad de San Carlos de Guatemala, 2014.
7. PÉREZ CUÉ Arelys. Tratamiento Quirúrgico del Angiofibroma Juvenil unido a cinco procedimientos secuenciales. (Tesis de grado). Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, 2010. Disponible en <http://tesis.repo.sld.cu/433/1/PerezCueA.pdf>
8. DÍAZ QUIQUIA Vasti Evelyn. **Nasoangiofibroma juvenil: manejo interdisciplinario de un caso.** Universidad Peruana Unión, Lima, Perú, 2017.
9. LEYVA ORELLANA YedaSussi. **Percepción del familiar del escolar sometido a intervención quirúrgica acerca de la atención de enfermería en el Hospital de Emergencias Pediátricas-2013.** (Tesis de maestría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú, 2014.
10. CRUZ COLCA Javier Bernardo. **Manejo quirúrgico del angiofibroma nasofaríngeo juvenil en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins.** (Tesis de maestría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú, 2009.
11. MONTALVÁN BUSTAMANTE Luis Eduardo. **“Evolución del tratamiento de nasoangiofibroma en el Hospital Dos de Mayo”.** Lima, Perú, 2002.

12. NAVARRO RESTREPO Carlos Eduardo, SCHOLTZ GONZÁLEZ Hermann. **Neurocirugía para médicos generales**. Universidad de Antioquia, 2006.
13. BROWNE, S. **Temporal Approach for Resection of Juvenile Nasopharyngeal Angiofibromas**. *Laryngoscope*; 110:1287–1293, 2000.
14. BURBANO, K. BARROS, C. GONZÁLEZ. **Reporte de caso clínico: fibroangioma nasal juvenil**. *Rev. Med. FCMUCSG*, Vol.17 N°2. Págs. 126-131 ISSN - 1390-0218, 2011.
15. CONTRERAS et al **Nasoangiofibroma**. *Evidencia Médica e investigación en salud*. Vol. 5, Núm. 3 Julio-Setiembre 2012 pág. 95-98, 2012.
16. GUALBERTO. J. **Angiofibroma juvenil nasofaríngeo**. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2012;28(2):87-92, 2012.
17. HERNÁNDEZ, S. HERNÁNDEZ **Nasoangiofibroma juvenil: una revisión actualizada del diagnóstico, clasificación y tratamiento**, 2011.
18. *Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello*. Volumen 39 Número 3. Ley-Mandujano S (2014).
19. CAMPOS-NAVARRO LA. **Patrón histológico del nasoangiofibroma en pacientes del Centro Médico Nacional La Raza**. *An Orl Mex*; 59:165-170.

20. MENA, F. MENA, H. KNECHT, J. ROIG. **Nasoangiofibroma juvenil: Revisión de casos de pacientes en edad pediátrica.** *Pediatría.* (Asunción), Vol. 36; Nº 2, 2009.
21. MENA, G. BOGADO, C. KLASSEN. **Nasoangiofibroma juvenil: Nuestra experiencia en los últimos 10 años y revisión de la literatura.** *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello* v.69 n.3 Santiago, 2009.
22. PRYOR, E. MOORE, J. KASPERBAUER. **Endoscopic versus Traditional Approaches for Excision of Juvenile Nasopharyngeal Angiofibroma.** *Laryngoscope* 2005; 115 (7): 1201-7
23. TAPIA L. **Angiofibroma Juvenil.** *SCIENTIFICA* v.11 n.1 La Paz, 2013.
24. ROY, C. & ANDREWS, H. A. **Teoría de enfermería: el modelo de adaptación de Roy.** Lisboa: Instituto Piaget, 1981.
25. SABATÉS, A. L. & BORBA, R. I. H. **Las informaciones recibidas por los padres durante la hospitalización del hijo.** *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(6), 968-973, 2005.
26. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO. **Plan Operativo del Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello,** Lima, Perú, 2016.
27. HERNÁNDEZ Roberto, FERNÁNDEZ Carlos, BAPTISTA Pilar. **Metodología de la investigación.** 5ta. Edición. México: Mc Graw Hill Interamericana; 2010.

ANEXOS

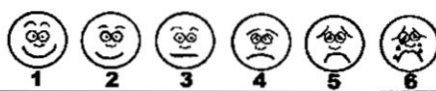
Anexo 1.



SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA - CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO Y MÁXILO FACIAL

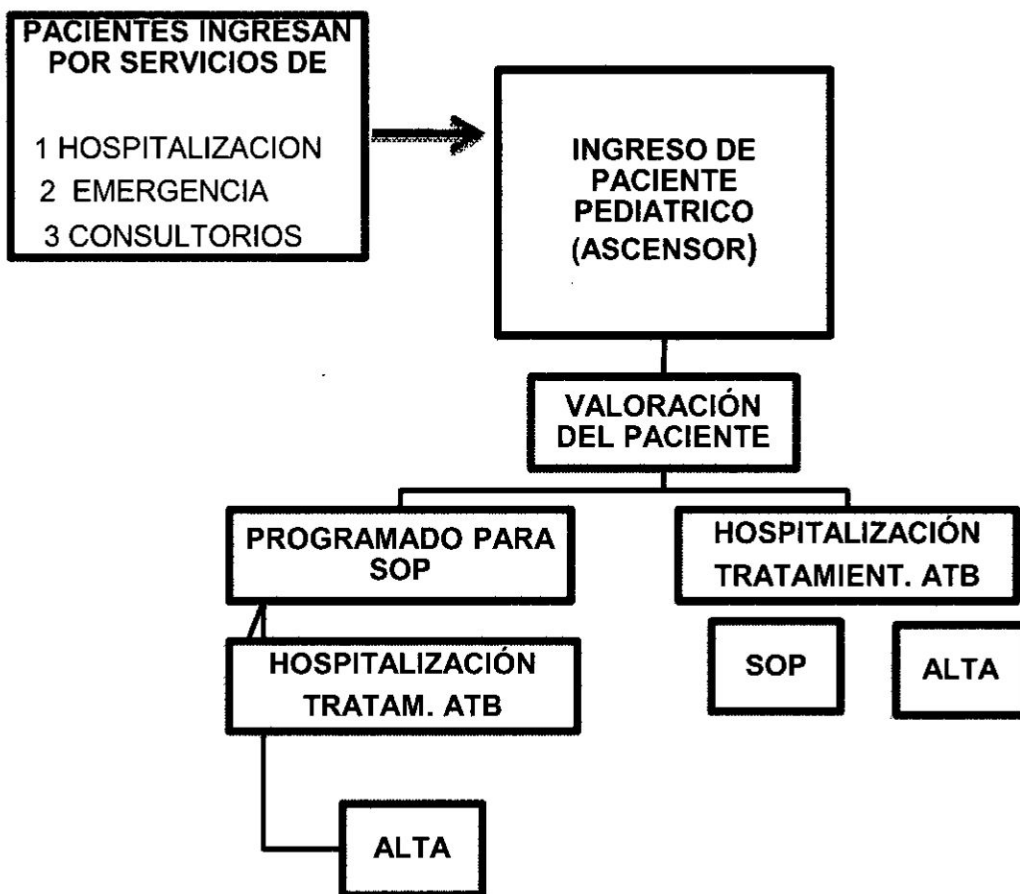
GUÍA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR PATRONES DE RESPUESTA HUMANA

NOMBRE:										N° H.C.I:				
										CAMA:				
DIAGNÓST. MÉD:										EDAD:				
										SEXO				
SERVICIO:	ORL	CCC	DENTAL	OTRO	CONDIC.: AUS () SOAT: () PAGANTE: () CUENTA DIVID.: () OTRO:									
F. DE INGRES:		F. DE NACIM:		F. DE ALTA:	G. DE DEPEND:	I	II	III	IV					
D	REFIERE:.....													
N	REFIERE:.....													
1. PATRON INTERCAMBIO			D	N	1.10.- PIEL Y MUCOSAS:			D	N	3. P. RELACIONES:			D	N
1.1.- NIVEL DE CONCIENCIA					NORMAL (1) PALIDA (2) ICTÉRCIA (3)					FAMILIAR ACOMPAÑ : SI (1) NO (2)				
DESPIERT (1) SOMNOLIENT (2) AGITAD (3)					CIANOSIS (1) RUBICUNDA (2)					SOCIABL (1) AGRESIV (2) HOSTIL (3)				
SOPOROSO (1) COMATOSO (2) OTRO (3)					MARMOREA (1) RASH (2) ECZEMA (3)					COMUNICATIVO (1) EVASIVO (2)				
ESC. GLASGOW: AO () RV () RM ()					HEMATOMA (1) EQUIMOSIS (2)					SE AISLA (1) OTRO (2)				
ESC. GLASGOW: AO () RV () RM ()					FLEBITIS (1) QUEMADURAS (2)					ACTIVIDAD SEXUAL: SI (1) NO (2)				
1.2.- PUPILAS:					SECA(1) TURGENTE(2) INTACTA(3)					VIOLENCIA SEXUAL: SI (1) NO (2)				
ISOCORICAS (1) ANISOCORICAS (2)					LESIÓN: SÍ (1) NO (2) OTRO (3)					ROL...				
REACTIVAS (1) HIPOREACTIVAS (2)					HERIDA OPERATORIA: SI (1) NO (2)					4. P. VALORES				
PUNTIFORM (1) MIDRIÁTICAS (2) OTRO (3)					GASAS: LIMPIAS (1) SECAS (2)					PRÁCT. CULTURALES: SI (1) NO (2)				
1.3.- ACTIVIDAD RESPIRATORIA:					HÚMEDAS (1) MANCHADAS (2)					RELIGION:				
POLIPNEA (1) BRADIPN. (2) TAQUIPN. (3)					EMPAPADAS (3)					OTRO (1)				
APNEA (1) TIRAJE INTERCOSTAL (2)					CON SECRECIÓN: SI (1) NO (2)					5. P. ELECCION				
ALETEO NASAL (1) DISNEA (2) OTRO (3)					SEROSEA (2) HEMÁTICA (2)					PACTE: COLABOR (1) NO COLAB (2)				
1.4.- RUIDOS RESPIRATORIOS:					SEROHEMÁTICA (1) FÉTIDA (2)					FAMIL: COLABOR (1) NO COLAB (2)				
CLAROS (1) RONCOS (2) CREPITOS (3)					PURULENTA (2) OTRO (2)					6. P. MOVIMIENTO				
SIBILANTES (1) ESTRIDOR (2) OTRO (3)					1.11.- NUTRICION:					FUERZA MUSCULAR: SI (1) NO (2)				
1.5.- TOS:					POR: SNG (1) SOG (2) VÍA ORAL (3)					TONO MUSCULAR: SI (1) NO (2)				
SECA: (1) PRODUCTIVA (2) QUINTOSA (3)					SGT (1) NPT (2)					LIMITACIÓN FÍSICA. SI (1) NO (2)				
SECREC. BRONQUIALES:					FECHA...					SUEÑO: CONSERV(1) INTERRUM(2)				
OROFARÍNGEAS (1) NAALES (2)					APETITO NORMAL (1) ALTERADO (2)					OTRO (1)				
TRANSPARENTE (1) AMARILLO (2)					NFO (1) L.M. EXCL. (2) FORMULA (3)					6.1.- AUTOCUIDADO:				
VERDOSO (1) BLANQUESINO (2)					MIXTA (1) D.B (2) D.C (3) OTRO					NECESITA AYDA: SI (1) NO (2)				
HEMÁTICO (1) OTRO (2)					1.12.- ABDOMEN:					ALIMENTACION (1) HIGIENE (2)				
1.6.- OXIGENOTERAPIA:					BLANDO/DEPRESIBLE (1)					USO DE WC (1) VESTIDO (2)				
C. B. N. (1) CABEZAL (2) VENTURI (3)					DISTENDIDO/TIMPANICO (2)					DEAMBULACION (3)				
M. RESERVORIO (1) MASCARILLA (2)					GLOBULOSO (1) DOLOROSO (2)					7. P. PERCEPCION:				
TRAQUEOSTOMIA (1) T.E.T. (2) T.N.T. (3)					RHA. PRESENTES (1) AUSENTES (2)					DETERJORO: VISUAL (1) GUSTO(2)				
VENTILACIÓN MECÁNICA (1) OTRO (2)					NAUSEA (1) VOMITO (2) OTRO (3)					AUDITIV(1) OLFATOR (2) TACTO (3)				
1.7.- ACTIVIDAD CIRCULATORIA:					SNG CON DRENAJE: PORRÁCEO (1)					DISMIN-AUTOIMAG. SI (1) NO (2)				
PULSO: RÍTMIC. (1) ARRÍTMIC. (2) DÉBIL (3)					VERDE (1) ALIMENTICIO (2)					8. P. CONOCIMIENTO				

LATIDOS: TAQUICAR.(1) BRADICARD.(2)			1.13.- ELIMINACION:		CONOCE ENFERM/TTO: SI(1) NO(2)		
LLENAD CAPILAR: \uparrow DE 2 (1) DE 2 (2)	\downarrow		MICCION ESPONTANEA (1)		DISPONIB PARA APREND SI(1)NO(2)		
EDEMA \blacktriangle (0.65 – 1.5 Cm) $\blacktriangle\blacktriangle$ (1.25 – 2.5Cm)			CATETERISMO (1) ANURIA (2)		HOSPITALIZ.PREVIAS: SI (1) NO (2)		
GENERALIZADO (1) LOCALIZADO (2)			POLIUREA (1) OLIGURIA (2)		BARRER. DE APREND: SI (1) NO(2)		
PULSO PERIFERIC. PRESENTE(1) AUSENTE(2)			HEMATURIA (1)		8.1.- VACUNAS :		
DÉBIL (1) OTRO (2)		 OSTOMIA		COMPLETAS: SI (1) NO(2)		
1.8.- HIDRATACIÓN:			ESTREÑIMIENTO (1) DIARREA (2)		INCOMPLETAS: SI (1) NO(2)		
MUCOSAS: HUMEDAS (1) SECAS (2)			DEP. NORMAL (1) MELENA (3)		9. P. SENTIMIENTOS:		
MICOSIS ORAL (1) AFTAS (2)			CON: MOCO (1) SANGRE (2) OTRO (3)		ESTRÉS (1) TEMOR (2)		
DIAFORESIS (1) OTRO (2)			2. P. COMUNICACIÓN:		ANSIEDAD (1) EXPRES. SOLEDAD (2)		
1.9.- LÍNEAS INVASIVAS:			VERBAL (1) GESTOS (2) LLANTO (3)		ESCALA DEL DOLOR -		
VÍA PERIFÉRICA (1) C.V.C (2) OTRO (3)			ESCRITURA (1)				
FECHA...			OTRO IDIOMA...				
OBSERVACIONES, CARACTERÍSTICAS OTRAS ESPECIFICACIONES:							
D							
N							

Anexo 2

FLUXOGRAMA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA – C.C y C.



FUENTE: MOF DEL SERVICIO MEDICINA "ORL Y CCC" DEL INSN.

Anexo 3

Guía de Cuidado de Enfermería en Pre y Post Operatorio de Pacientes con Nasoangiofibroma

NOMBRE : NASOANGIOFIBROMA JUVENIL
ANGIOFIBROMA JUVENIL NASOFARINGEO
CÓDIGO CIE-10 : M9160\0

DEFINICIÓN

El Angiofibroma Juvenil Nasofaríngeo o Nasoangiofibroma es un tumor vascular benigno de comportamiento agresivo que se presenta casi exclusivamente en hombres adolescentes (comprendidas de los 4 a 60 años con un promedio de edades que van de 10 a 14 años) y corresponde al 0.5 o/o de todos los tumores de cabeza y cuello. Aunque ha sido reportado en mujeres se considera exclusivo de hombres adolescentes.

Tiene un comportamiento o evolución maligna altamente agresiva. No infiltra estructuras vecinas pero la masa los desplaza; su origen se encuentra casi siempre en el borde postero superior de la hendidura eseno palatina, desde ahí compromete estructuras cercanas y de a poco los invade, hasta tomar toda la cavidad como la fosa pterigopalatina de ahí puede seguir a fosa cigomática o cavidad orbitaria, otra ruta de expansión es a la rinofaringe y cavidad oral o senosesfenopalatino, fosa nasal y cavidad intra craneana.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

- Estilo de Vida: Sexo masculino, jóvenes adolescentes en edad escolar (entre 10 a 20 años).
- Medio Ambiente: Lugar de procedencia con gran altura sobre el nivel del mar, se describe según la literatura su asociación aún desconocida.
- Factor Hereditario: no es hereditario, pero si es frecuente la presentación familiar.

El mayor riesgo a pesar de la embolización es el sangrado ya que por su extensión el tumor puede acercarse o recibir afluentes de vasos importantes como la carótida interna o vasos paralelos, los cuales representan mayor volumen de sangrado y mortalidad en los pacientes.

Al crecer el tumor ejerce presión sobre las paredes óseas, erosionándolas y llegando a destruirlas.

La extensión del tumor está relacionado al tiempo de enfermedad y la disposición anatómica que el tumor encuentre en el paciente.

Son tumores de consistencia dura, mamelonados, de color rojizo hasta blanco nacarado, cubiertos con una capa de epitelio nasofaríngeo.

El tumor está constituido por tejido conjuntivo, fibroso y numerosos vasos.

CUADRO CLÍNICO

- Obstrucción nasal, con cefaleas asociadas o dolor facial.
- Epistaxis recurrentes.
- Anemia asociada.
- Sensación de masa en cavidad oral.
- Alteraciones visuales que llevan a la diplopía.
- Anosmia e hiposmia.
- Sobreinfecciones.
- Rinolalia.
- Exoftalmos.
- Deformidad facial.

EXÁMENES AUXILIARES

- Las características clínicas.
- Rinoscopia anterior y endoscopia nasal
- Tomografía axial computarizada de senos para nasales con contraste y Resonancia magnética.
- Biopsia solo ante la duda diagnóstica.
- La arteriografía (como método diagnóstico y terapéutico-embolización).

MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

- Taponamiento nasal por el sangrado.
- Antibióticos y antihistamínicos.
- Requieren junta médica por Otorrino, Neurocirugía, Oftalmología, Cirugía Cabeza y Cuello, donde se discute el caso clínico y se determinan las pautas a seguir.
- Tratar la anemia con hierro o transfusiones, posteriormente la embolización y después de 2 o 3 días se programa la cirugía para exéresis del tumor o por vía endoscópica para lo cual deberá disponer de cama en UCI y unidades de paquete globular.
- Se aconseja quitar todos los AINES sobre todo si son asmáticos.

ESTADIAJE SEGÚN FISH

- Tipo I: tumor limitado a la nasofaringe y a la cavidad nasal sin invasión ósea.

- Tipo II. tumor que invade la fosa pterigomaxilar o el seno maxilar o el etmoides con invasión ósea.
- Tipo III a: tumor que invade la fosa infra temporal o la órbita sin compromiso endocraneano.
- Tipo III b: tumor con invasión intracraneana extradural.
- Tipo IV a: tumor con invasión intracraneana extradural e intradural sin invasión del nervio óptico, la silla turca o el seno cavernoso.
- Tipo IV b: tumor con invasión intracraneana extradural e intradural con invasión del nervio óptico, la silla turca o el seno cavernoso.

EFFECTOS ADVERSOS O COLATERALES DEL TRATAMIENTO:

La embolización puede presentar ceguera, cefalea, parálisis de nervios craneales, accidentes cerebrovasculares y reacciones alérgicas al material de contraste.

Del abordaje quirúrgico transpalatino puede ocurrir fístula del paladar blando-duro.

Del abordaje lefort I puede ocurrir sangrado, hematoma de mejilla, alteración del plano oclusal.

Otras complicaciones del procedimiento son: daño cerebral, meningitis, fístula de líquido cefalorraquídeo, daño de los pares craneales y del seno cavernoso con sangrado masivo pudiendo llegar a la muerte del paciente.

SIGNOS DE ALARMA:

Teniendo en cuenta la posibilidad de sangrado masivo es fundamental vigilar el control del sangrado una vez retirado el tumor, evaluar la presencia de palidez, taquicardia, hipotensión, aumento de volumen de ambas mejillas, persistencia desangrado a través de fosas nasales y orofaringe a pesar de la presencia de taponamiento nasal anterior y posterior.

CRITERIOS DE ALTA

- Alta hospitalaria entre 2 a 3 días, sin complicaciones, una vez retirado los tapones nasales anteriores y posteriores.
- El paciente requiere control anual con examen tomográfico anual durante 03 años posterior a su intervención quirúrgica por nasoangiofibroma juvenil, para descartar recidiva tumoral.

POBLACIÓN OBJETIVO:

Pacientes con diagnóstico de nasoangiofibroma, hospitalizados en el servicio de ORL y C.C y C del Instituto Nacional de Salud del Niño - Breña.

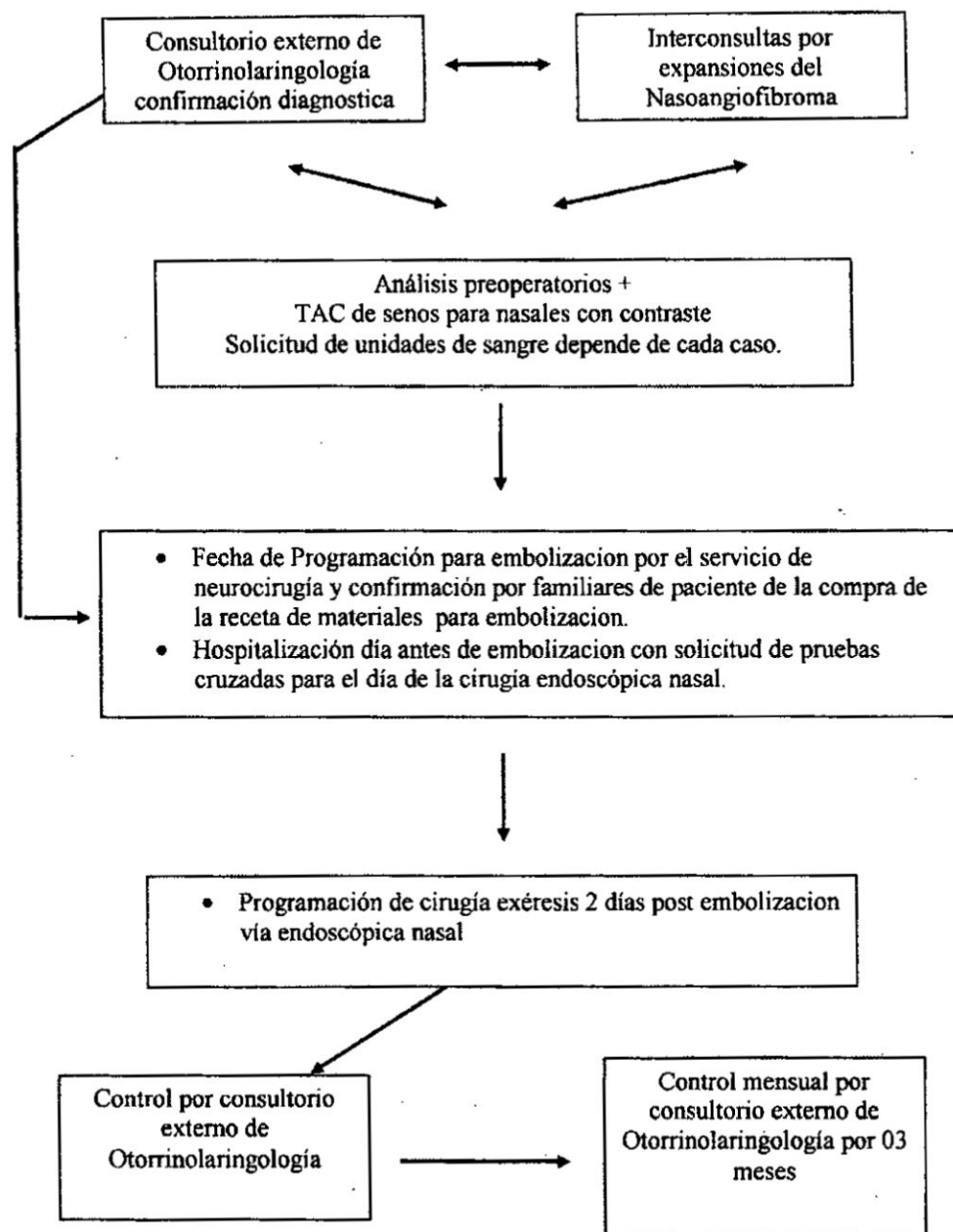
OBJETIVOS:

- Brindar un cuidado capacitado, integral y oportuno al paciente con nasofibroma durante el pre y post operatorio; así identificar signos y síntomas de alarma para evitar riesgos, daños sobreagregados y prevenir complicaciones.
- Establecer y orientar las intervenciones de enfermería para recuperar y/o mantener la capacidad funcional del paciente de manera eficiente, efectiva y humana, con el fin de conseguir su pronta recuperación.

PERSONAL RESPONSABLE:

Licenciada (o) de enfermería que labora en el servicio.

FLUXOGRAMA



DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Déficit del auto cuidado (baño/higiene) relacionado con medidas restrictivas de la actividad física, evidenciado por reposo y postración.

Objetivo	Intervenciones de Enfermería	Complicación	Intervención interdisciplin.	Grado de depend.	Evaluación
<p>El paciente mejorará su higiene con ayuda del personal de enfermería durante su hospitalización</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lavado de manos antes y después de cada procedimiento, así como la aplicación de medidas de asepsia y bioseguridad. • Valorar el grado de dependencia. • Explicar al paciente la importancia de la higiene para una buena salud. • Preparar el material a utilizar, colocar biombos. • Mantener la temperatura del agua a utilizar (37°C). • Valorar el estado general de la piel, pelo, uñas, dientes y boca del paciente. • Realizar cuidados e higiene de la boca (colutorios con agua bicarbonatada). • Evitando el desprendimiento del hilo de sujeción del taponamiento nasal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Seborrea. • Irritación de la piel. • Olor y aspecto desagradable. <p>Mal humor.</p>	<p>Enfermera de otorrino / cirugía de cabeza y cuello.</p>	<p>G° III</p>	<p>El paciente se mantiene alineado y con buena higiene con ayuda del personal de enfermería durante su hospitalización.</p>
<p>DOMINIO 4 CLASE 5 (00108)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuir olores desagradables realizando el baño diario al paciente. • Enjuagar y secar bien al paciente, aplicar cremas humectantes en la piel y realizar masajes. • Cortar las uñas de las manos y pies. • Realizar el cambio de ropa del paciente. • Registrar toda información relevante 				

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Desequilibrio nutricional, ingesta inferior a las necesidades relacionado con dificultad para la masticación y deglución, dolor al deglutir, disminución del apetito y de la sensación del gusto evidenciado por falta de interés por los alimentos.

Objetivo	Intervenciones de Enfermería	Complicación	Intervención interdisciplin.	Grado de depend.	Evaluación
El paciente mantendrá su estado nutricional adecuado para su talla y edad durante el periodo de hospitalización	<ul style="list-style-type: none"> • Lavado de manos antes y después de cada procedimiento, así como la aplicación de medidas de asepsia y bioseguridad. • Explicar al paciente la importancia de los alimentos para su salud. • Controlar el peso diario del paciente en ayunas, con ropa ligera y sin zapatos. • Valorar el estado nutricional y el IMC del paciente • Registrar la cantidad de alimentos ingeridos durante el día. • Coordinar con la nutricionista para proporcionar la dieta de manera atractiva y a la temperatura ideal así como una fórmula especial. • Lograr que el paciente coma pequeñas raciones diarias (dieta fraccionada) y de fácil masticación. • Acompañar al paciente a la hora de comer o pedir a algún familiar su compañía. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desmayos. • Caída rápida del cabello. • Falta de crecimiento. • Desnutrición. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermera de otorrino / cirugía de cabeza y cuello. • Nutricionista de la institución. 	G° III	<p>El paciente mantiene un estado nutricional adecuado para su edad y talla, durante su periodo de hospitalización.</p> <p>$IMC = \frac{\text{Peso en Kg}}{\text{Talla en mts}^2}$</p>
DOMINIO 2 CLASE 1 (00002)	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar ambiente tranquilo y cómodo. • Ayudar al paciente a ingerir su dieta y hacer que participe. 				

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Dolor agudo relacionado con herida operatoria secundario al procedimiento quirúrgico, manifestado por informe verbal del dolor y gesticulaciones.

Objetivo	Intervenciones de Enfermería	Complicación	Intervención Interdisciplin.	Grado de depend.	Evaluación
El paciente no evidenciará signos de dolor durante su hospitalización	<ul style="list-style-type: none"> • Lavado de manos antes y después de cada procedimiento, así como la aplicación de medidas de asepsia y bioseguridad. • Controlar las funciones vitales: T°, P.A, FR, FC y SatO2. • Valorar con la escala del dolor del servicio. • Valoración y registro de los datos del dolor (características, sitio, frecuencia y duración). • Valorar signos de dolor: taquicardia, diaforesis, agitación, polipnea. • Proporcionar medios de distracción: revistas, televisor, juegos de mesa, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Taquicardia. • Hipoventilación. • Dolor crónico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermera de otorrino / cirugía de cabeza y cuello. • Médico de otorrino / cirugía de cabeza y cuello. 	G° III	El resultado se logró en forma total ya que el paciente no presenta signos de dolor durante su hospitalización.
DOMINIO 12 CLASE 1 (00132)	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar al paciente ejercicios de respiración rítmicos y lentos. • Administración de analgésicos para aliviar el dolor con prescripción médica. • Proporcionar un ambiente tranquilo y adecuado sin incomodidades. • Volver a valorar la escala del dolor. • Registrar las variaciones del dolor. 				

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Trastorno del patrón del sueño relacionado con tapones nasales y patología de fondo, evidenciado por ronquidos y periodos de apnea.

Objetivo	Intervenciones de Enfermería	Complicación	Intervención interdisciplin.	Grado de depend.	Evaluación
<p>Lograr que el paciente concilie sueño continuo durante toda la noche.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lavado de manos antes y después de cada procedimiento, así como la aplicación de medidas de asepsia y bioseguridad. • Comunicar al paciente que estaremos en vigilia y cuidándolo mientras duerme. • Valorar la fijación de los tapones nasales y explicar la importancia de su permanencia. • Permitir la compañía de la mamá durante la noche. • Ponerle ropa cómoda y suelta. • Evitar estímulos externos como la luz, terapéutica muy tarde o mover coches cerca al paciente. • Mantener posición semifowler durante el sueño. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alteración del sistema inmunológico. • Ansiedad. • Depresión. • Irritabilidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermera de otorrino / cirugía de cabeza y cuello. • Psicólogo de la institución. 	<p>G° III</p>	<p>Paciente concilia sueño continuo durante toda la noche.</p>
<p>DOMINIO 4 CLASE 1 (00198)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar signos vitales, sobre todo F° respiratoria y saturación de O2. • Administrar oxígeno húmedo según indicación médica si es necesario. • Revalorar signos vitales y movimiento torácico. • Coordinar con psicología para terapias de relajación. 				

Diagnóstico De Enfermería: Riesgo de asfixia relacionado con los tapones anteroposteriores, evidenciado por hilos de sujeción aflojados.

Objetivo	Intervenciones de Enfermería (NIC)	Complicación	Intervención interdisciplin.	Grado de depend.	Evaluación
<p>El paciente no presentará asfixia durante la permanencia de los tapones anteroposteriores posterior a la cirugía.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • (244004) Mantener las precauciones universales: lavado de manos antes y después de cada procedimiento, así como la aplicación de medidas de asepsia y bioseguridad. • (4010) Precauciones con hemorragias; control de las gasas de los tapones nasales, si se humedece o incrementa el sangrado. • (6680) Monitorización de los signos vitales: PA, FR, FC, T°. • Evitar esfuerzos y mantener al paciente en reposo relativo. • (6650) Vigilancia: Vigilar apósitos de taponamiento nasal y fijación del hilo que sujeta taponamiento posterior. • (561818) Informar al paciente sobre la forma en que puede ayudar en la recuperación: informar al niño y acompañante que comunique cualquier sensación de asfixia. 	<p>Hipoxia cerebral. Coma.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermera de otorrino / cirugía de cabeza y cuello. • Médico de otorrino / cirugía de cabeza y cuello. 	<p>G° III</p>	<p>El paciente no presenta asfixia durante la permanencia de los tapones anteroposteriores posterior a la cirugía.</p>
<p>DOMIN. 11 CLASE 2 (00036)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • (7710) Colaboración con el médico: comunicar al médico cualquier signo de alarma. • (6610) Identificación de riesgos: Evidenciar y verificar posible desprendimiento del tapón posterior en la garganta con una linterna. • Cambiar gasas exteriores (no tapones nasales) de fosas nasales cuando lo requiera. • (084015) Elevar la cabecera de la cama: mantener posición semifowler en todo momento. • (1050) Alimentación: alimentarlo con dieta licuada y evitar sólidos que puedan mover el tapón posterior al momento de deglutir. • (3200) Precauciones para evitar la aspiración: durante la alimentación. • (7170) Facilitar la presencia de la familia (la mamá) y orientarla sobre cualquier signo de alarma y comunicar inmediatamente. • (314012) enseñar a toser de manera efectiva: si existiera un desprendimiento del tapón posterior. • (320002) Colocación vertical a 90° o lo mas incorporado posible. • (320011) Mantener equipo de aspiración disponible y materiales al alcance para un probable retiro de tapones anteroposteriores. • (0740) Cuidados del paciente encamado. 				

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de infección relacionado con los efectos colaterales de los procedimientos invasivos, hospitalización prolongada.

Objetivo	Intervenciones de Enfermería	Complicación	Intervención interdisciplin.	Grado de depend.	Evaluación
El paciente no presentará signos de infección durante su estancia hospitalaria.	<ul style="list-style-type: none"> • Lavado de manos antes y después de cada procedimiento, así como la aplicación de medidas de asepsia y bioseguridad. • Enseñar en todo momento el lavado de manos a los familiares y personas que atienden al paciente. • Controlar las funciones vitales enfatizando en la temperatura. • Revisar puntos que puedan ser puerta de entrada para microorganismos patógenos, como la zona de catéter periférico (cambiarlo si hay signos de alteración y según protocolo del servicio) así como las características de las secreciones del tapón nasal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Infección de herida operatoria. • Flebitis. • Sepsis generalizada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermera de otorrino / cirugía de cabeza y cuello. • Médico de otorrino / cirugía de cabeza y cuello. 	G° III	El resultado se logró en forma total ya que el paciente no presenta signos de infección durante su hospitalización.
DOMINIO 11 CLASE 1 (00004)	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar los exámenes de hemograma diferencial y PCR. • Administración de tratamiento según indicación médica. • Realizar una buena higiene corporal. • Reevaluar las zonas con riesgo a infección. • Realizar las anotaciones de enfermería. 				

Diagnóstico De Enfermería: Riesgo de estreñimiento relacionado con prescripción de restricción de movimiento.

Objetivo	Intervenciones de Enfermería	Complicación	Intervención interdisciplin.	Grado de depend.	Evaluación
El paciente logrará evacuar con frecuencia durante la hospitalización	<ul style="list-style-type: none"> • Lavado de manos antes y después de cada procedimiento, así como la aplicación de medidas de asepsia y bioseguridad. • Valorar el hábito intestinal del paciente con el n° de defecaciones y sus características. • Auscultar los ruidos hidroaéreos, valorar signos y síntomas de distensión abdominal, flatulencia, etc. • Valorar signos y síntomas de distensión abdominal, flatulencia, etc. • Coordinar con la nutricionista para una dieta rica en fibras adecuada al estado del paciente. • Realizar movilización, ejercicios pasivos, y realizar cambios de posición y explicarle su importancia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fisura anal. • Fecaloma. • Hemorroides. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermera de otorrino / cirugía de cabeza y cuello. • Médico de otorrino / cirugía de cabeza y cuello. 	G° III	El resultado esperado se logra totalmente por que el paciente evacua a diario durante la hospitalización.
DOMINIO 3 CLASE 2 (00015)	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar anotaciones de enfermería según las características de las heces (volumen, olor, textura, color) y el número de veces que evacuo • Brindar comodidad e intimidad para el paciente. • Realizarle masajes abdominales en forma descendente (desde flanco izquierdo hasta la fosa iliaca izquierda). • Coordinar con el médico para la colocación de enema. 				

Diagnóstico De Enfermería: Riesgo de sangrado relacionado con patología de fondo, procedimiento quirúrgico y embolización (zona de acceso de catéter).

Objetivo	Intervenciones de Enfermería	Complicación	Intervención interdisciplin.	Grado de depend.	Evaluación
El paciente no presentará sangrado durante su hospitalización	<ul style="list-style-type: none"> • Lavado de manos antes y después de cada procedimiento, así como la aplicación de medidas de asepsia y bioseguridad. • Administración de productos sanguíneos según indicación médica. • Control de hemorragias. • Tomar nota del nivel de hemoglobina y hematocrito. • Monitorización y control de funciones vitales PA, FC, Tº. • Vigilar signos externos de hemorragia. • Vigilar palidez cutánea, cianosis, sudoración y agitación. • Evitar esfuerzos y mantener al paciente en reposo absoluto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Shock hipovolémico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermera de otorrino / cirugía de cabeza y cuello. • Médico de otorrino / cirugía de cabeza y cuello 	Gº III	El paciente no presenta sangrado durante su hospitalización.
DOMINIO 11 CLASE 2 (00206)	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar apósitos de taponamiento nasal y fijación. • Valorar zona de acceso de embolización: compresión del punto de acceso y las gasas. • Revisar coloración, rubor, temperatura, llenado capilar de la extremidad embolizada y mantenerla inmovilizada por 24 horas. 				

OTROS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA DE PACIENTES CON NASOANGIOFIBROMA.

<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad relacionada con estancia hospitalaria prolongada, diagnóstico y procedimiento quirúrgico evidenciado por angustia y preocupación creciente y deseos de ir casa. 	<p>DOMIN. 9 CLASE 2 (00146)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz relacionado con barrera física (tumor en expansión). 	<p>DOMIN. 4 CLASE 4 (00201)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Disconfort relacionada con permanencia de tapones nasales y procedimientos terapéuticos, evidenciado por informe de sentirse incómodo. 	<p>DOMIN. 12 CLASE 3 (00214)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de cansancio del rol de cuidador relacionada con duración de la necesidad de los cuidados. 	<p>DOMIN. 7 CLASE 1 (00062)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Deterioro de la interacción social relacionada con restricciones de la movilidad física y comunicación verbal poco clara, evidenciado por desinterés e insatisfacción. 	<p>DOMIN. 7 CLASE 3 (00052)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Deterioro de la comunicación verbal relacionada con defecto anatómico y taponamiento nasal, evidenciado por pronunciación poco clara y rinolalia. 	<p>DOMIN. 5 CLASE 5 (00051)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de la imagen corporal relacionado con cambios biofísicos del rostro, evidenciado por ocultar su cara y vergüenza. 	<p>DOMIN. 6 CLASE 3 (00118)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Patrón respiratorio ineficaz relacionado con barrera física (tumor en expansión), evidenciado por ronquidos y periodos de apnea durante el sueño. 	<p>DOMIN. 4 CLASE 4 (00032)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Deterioro de la deglución relacionado con obstrucción mecánica (tapón posterior), evidenciado por quejas de tener algo atascado. 	<p>DOMIN. 2 CLASE 1 (00103)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Disconfort relacionado con colocación del apósito, vendaje compresivo en la zona de abordaje de embolización y restricción de la movilidad física manifestado por expresión del niño y el malestar en su rostro. 	<p>DOMIN. 12 CLASE 3 (00214)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Temor del niño relacionado con sangrado profuso por fosas nasales y boca manifestado por angustia, llanto y desesperación. 	<p>DOMIN. 9 CLASE 2 (00148)</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Deterioro de la movilidad física - (D: 4 – C: 2) relacionada con riesgo ha sangrado por fosas nasales y boca evidenciado por prescripción de reposo absoluto. 	DOMIN. 4 CLASE 2 (00085)
<ul style="list-style-type: none"> • Temor de la madre relacionado con efectos de la cirugía, tratamiento y pronóstico (temor a lo desconocido) evidenciado por angustia, nerviosismo e inquietud. 	DOMIN. 9 CLASE 2 (00148)
<ul style="list-style-type: none"> • Temor relacionado con el procedimiento quirúrgico que le acontecerá manifestado por preguntas en relación a la cirugía. 	DOMIN. 9 CLASE 2 (00148)
<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad relacionada con inminente cirugía evidenciado por insomnio, inquietud y preocupación. 	DOMIN. 9 CLASE 2 (00146)
<ul style="list-style-type: none"> • Motilidad gastrointestinal disfuncional relacionado con inmovilidad secundaria a cirugía evidenciado por postración prolongada, tipo de dieta (dieta licuada) y reposo absoluto prescrito. 	DOMIN. 2 CLASE 5 (00196)
<ul style="list-style-type: none"> • Interrupción de los procesos familiares relacionado con estancia hospitalaria prolongada manifestado por preocupación de la madre por abandono del hogar y la patología compleja. 	DOMIN. 7 CLASE 2 (00060)
<ul style="list-style-type: none"> • Interrupción de los procesos familiares relacionado con cambios en el estado de salud de un miembro de la familia manifestado por madre preocupada porque viene de provincia. 	DOMIN. 7 CLASE 2 (00060)
<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de cansancio del rol de cuidador relacionado con estancia hospitalaria prolongada evidenciado por agotamiento de capacidad de soporte, ansiedad, rabia, frustración. 	DOMIN. 7 CLASE 1 (00062)
<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de infección relacionado con herida quirúrgica evidenciado por edema de rostro, tapones nasales anteroposteriores manchados de secreción hemática sin movilizarlos por varios días. 	DOMIN. 11 CLASE 1 (00004)
<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de disfunción neurovascular periférica relacionado con procedimiento arterial invasivo (embolización) evidenciado por la disminución de la perfusión distal. 	DOMIN. 11 CLASE 2 (00086)
<ul style="list-style-type: none"> • Estrés por sobrecarga de la madre relacionado con sangrado profuso por fosas nasales y boca del niño evidenciado por llanto, desesperación y expresión de sensación de tensión y cansancio. 	DOMIN. 9 CLASE 2 (00177)

TABLAS DE CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD

CLASIFICACIÓN DE FISH	
Grado I	Tumor limitado a la nasofaringe y a la cavidad nasal sin invasión ósea.
Grado II	Tumor que invade la fosa pterigomaxilar o el seno maxilar o el etmoides con invasión ósea.
Grado IIIa	Tumor que invade la fosa infratemporal o la órbita sin compromiso endocraneano.
Grado IIIb	Tumor con invasión intracraneana extradural.
Grado IVa	Tumor con invasión intracraneana extradural e intradural sin invasión del nervio óptico, la silla turca o el seno cavernoso.
Grado IVb	Tumor con invasión intracraneana extradural e intradural con invasión del nervio óptico, la silla turca o el seno cavernoso.

ESTADIAJE SEGÚN CHANDLER	
Grado I	Tumor confinado a la nasofaringe.
Grado II	Tumor que se extiende hacia cavidad nasal y/o seno esfenoidal.
Grado III	Tumor se extiende al menos a una de las estructuras siguientes: seno maxilar, seno etmoidal, fosa pterigomaxilar, fosa infratemporal, órbita, cuello.
Grado IV	Tumor con extensión intracraneal.

ESTADIAJE SEGÚN SESIONS	
Grado Ia	Tumor con enfermedad limitada a la fosa nasal posterior o nasofaringe.
Grado Ib	Tumor con extensión a uno o más senos paranasales.
Grado IIa	Tumor con extensión lateral por el agujero esfenopalatino.
Grado IIb	Tumor ocupa la fosa pterigomaxilar y desplaza anteriormente la pared posterior del seno maxilar.
Grado IIc	Tumor con extensión tumoral a través de fosa pterigomaxilar hacia el cuello o hacia fosa infratemporal.
Grado III	Tumor presenta extensión intracraneal.

ASIGNACION DE FUNCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA

DE OTORRINOLARINGOLOGIA Y CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO

DENOMINACION DEL CARGO: Enfermera del Servicio Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello	UNIDAD ORGANICA: Departamento De Enfermería
OBJETIVOS DEL CARGO: Brindar cuidado de Enfermería integral altamente especializado en forma continua y oportuna al paciente pediátrico y adolescente con afecciones quirúrgicos. En riesgo a descompensaciones hemodinámicas propias de su estado.	
ACTIVIDADES CLAVES:	
ASISTENCIAL:	
a. Brindar cuidado enfermero especializado, al paciente ambulatorio y hospitalizado con afecciones quirúrgicas, en periodo pre y post operatorio con calidad y calidez, con base en aspectos éticos, bioéticos, humanísticos y profesionales.	
b. Realizar el proceso de atención de enfermería de los pacientes a su cargo, así como los registros de enfermería de calidad, que correspondan.	
c. Brindar cuidados paliativos que mejoren la calidad de vida, acompañamiento en el duelo, de los pacientes y familia, pasibles de estos cuidados.	
d. Participar de manera efectiva en la visita médica, para favorecer la implementación oportuna del tratamiento.	
e. Aplicar estrictamente las guías de atención, así como las normas de bioseguridad y seguridad del paciente.	
f. Ejecutar las actividades basadas en el conocimiento y cumplimiento de documentos técnico-normativos.	
g. Promover la participación de la familia en el proceso de adaptación a la hospitalización así como en la estimulación del desarrollo biopsicosocial del niño, según la etapa de desarrollo.	
h. Mostrar actitud crítica y auto crítica con convicciones morales sólidas hacia el trabajo en equipo y hacia la vida.	
i. Presentar la información correspondiente a la Vigilancia Centinela de los Indicadores de Enfermería ante la ocurrencia de eventos durante el turno de trabajo.	
j. Integrar comités, comisiones, proyectos y/o programas de salud, según su competencia.	
k. Promover y realizar investigación en el campo de enfermería y de la salud la cual se abocará a la búsqueda, adecuación y creación de nuevos conocimientos, tecnologías y técnicas para el cuidado de la salud y desarrollo del campo profesional dirigido al logro de la excelencia	
l. Participar en las actividades de docencia universitaria.	
m. Participar en actividades de formación y capacitación del personal de enfermería.	
n. Emitir opinión técnica especializada de manera individual o a través de comités técnicos para mejoras en los procesos, procedimientos y provisión de recursos: recursos humanos, materiales, equipos biomédicos y/o servicios hospitalarios dentro de su competencia.	
o. Realizar consultoría, auditoría, asesoría, consejería sobre materias propias de enfermería.	
p. Encomendar actividades de menor complejidad (aquellas que no implican toma de decisiones) al personal técnico y auxiliar asistencial bajo su supervisión y responsabilidad.	
q. Participar en el desarrollo de actividades preventivo promocionales en el área de competencia.	
DOCENCIA	
Programar actividades educativas en el servicio vinculando la pericia clínica con la evidencia científica y en función a las competencias a desarrollar	
Aplicar metodologías y técnicas de enseñanza – aprendizaje en el servicio que promueva el aprendizaje independiente y autónomo	

INVESTIGACION	
Elaborar proyectos de investigación de acuerdo a las líneas de investigación nacional, institucional y/o de interés pediátrico, según la normativa vigente.	
Comunicar los resultados de las investigaciones científicas respetando los estándares de publicación y la normativa vigente.	
RESPONSABILIDADES	
Cumplir las funciones de la Enfermera del Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía Cabeza y Cuello y Maxilofacial.	
CRITERIOS DE SELECCION	
GENERICOS:	ESPECIFICOS:
Vocación de servicio	Especialidad: Enfermera Pediátrica
Trabajo en equipo	Experiencia de tres (03) años en servicios pediátricos
	Docencia
	Conocimiento de metodologías y técnicas de enseñanzas - aprendizaje
	Experiencia docente en el servicio
	Investigación
	Conocimientos y/o aplicación de las etapas y metodologías de investigación
	Conocimiento de las buenas prácticas clínicas en investigación.
	Conocimiento y/o aplicación de normas de publicación y redacción científica
	Conocimiento y/o aplicación de la bioestadística
Dominio del idioma inglés básico	

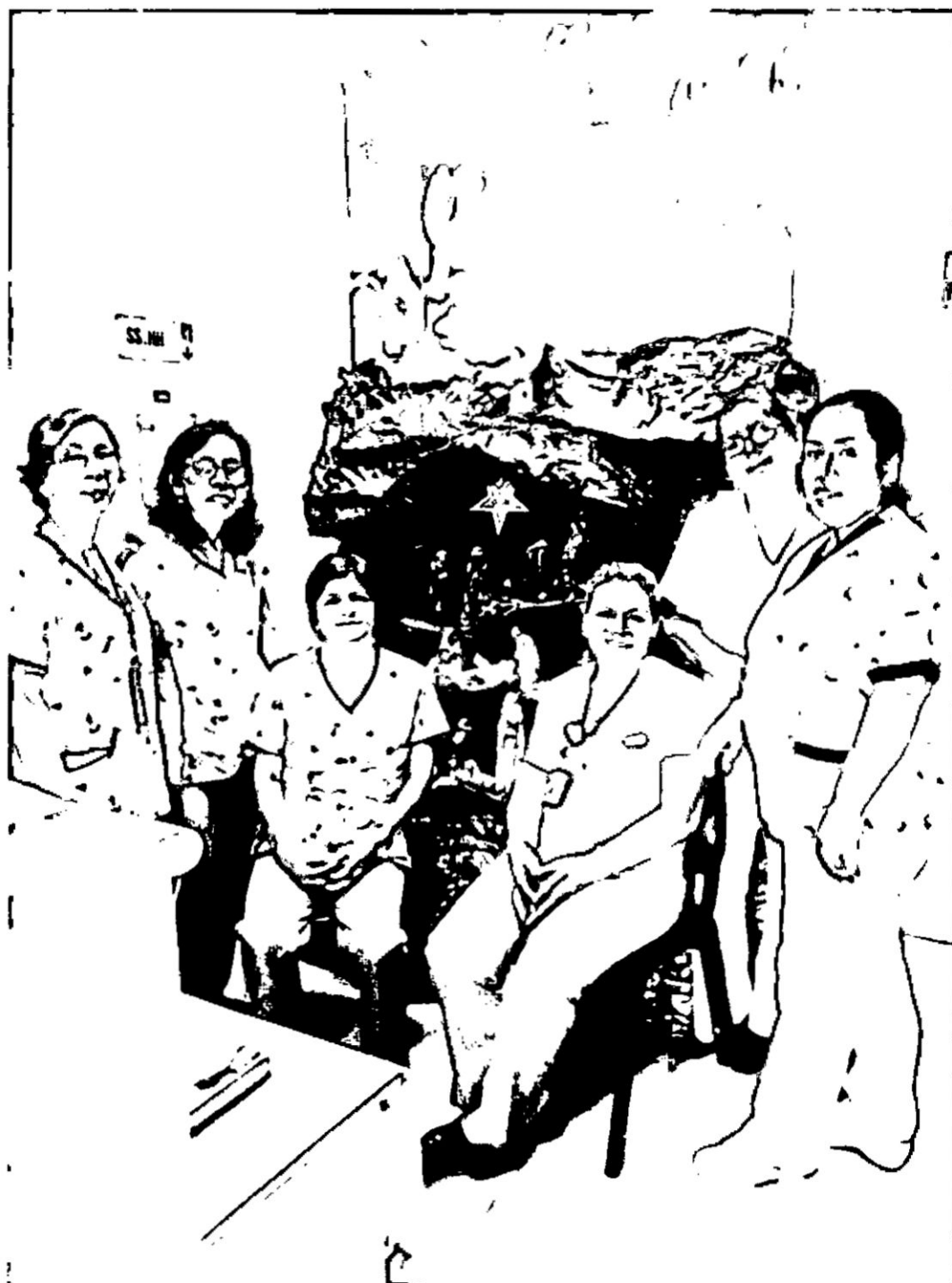
Anexo 4
Foto del Servicio de Otorrino Laringología del Instituto
Nacional del Niño

Cuidado de enfermería a paciente hospitalizado



Fuente: Elaboración propia, 2017

Equipo de Salud del Servicio



Fuente: Elaboración propia, 2017

Labor administrativa, realizando las anotaciones de enfermería



Fuente: Elaboración propia, 2017